

HOSPITAL III GOYENECHÉ
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



GUIA DE TRANSPORTE DEL PACIENTE CRÍTICO

2015

TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Documento elaborado en base a manuales, protocolos y normas publicadas y adaptadas de acuerdo a las necesidades del servicio de la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital, servirá como documento guía para el traslado del paciente crítico.



INDICE

1. INTRODUCCIÓN	
2. Definición.....	6
3. Clasificación y tipos de transporte	7
4. Valoración y estabilización previa al transporte del paciente crítico.....	9
5. Fases del transporte.....	10
6. Registros	16
7. Trayectos intrahospitalarios	17
8. Problemas potenciales	17
9. Indicadores de evaluación	21
10. Traslado por Transferencia.....	22
11. Conclusiones	
12. Bibliografía	
13. Anexos	



INTRODUCCION

A pesar de que el desarrollo tecnológico actual ha permitido cierta autonomía de Trabajo en las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde las funciones Cardiovasculares, respiratorias y neurológicas del paciente crítico permanecen constantemente monitorizadas por sofisticados dispositivos, aún hay un gran número de procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, imposibles de realizar dentro de la propia unidad, lo que trae implícita la salida de estos pacientes fuera del límite físico de la UCI. El transporte intrahospitalario de pacientes críticos, definido como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, puede originarse desde distintas áreas de éste. Así, debemos considerar no sólo el transporte del paciente ingresado en la UCI, sino también el que se origina desde el servicio de urgencias y el quirófano hasta la propia UCI. Las razones para movilizar a un paciente en estado crítico fuera de una UCI pueden ser variadas, pero fundamentalmente suelen ser el traslado al quirófano y la realización de pruebas radiodiagnósticas, tales como tomografía computarizada (TC), angiografías o resonancia magnética (RM), entre otros, que debido a los beneficios que de estas se derivan, se integran como una práctica habitual en la dinámica de trabajo de las UCI. Este proceder involucra directamente a los profesionales de la enfermería pues son, en gran medida, los encargados de ejecutar esta práctica, haciéndolo además de manera fiable y segura. Para lograr que así sea, el objetivo de este trabajo es proponer un esquema de actuación para el transporte intrahospitalario del paciente grave que permita reducir la incidencia de eventos adversos durante la realización de esta maniobra.



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DEFINICIÓN

El transporte intrahospitalario (TI) de pacientes críticos lo definimos como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, que puede originarse desde las distintas áreas del mismo y cuya finalidad es la Realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama.

Este proceso se desarrolla a lo largo de tres etapas diferentes:

1. Fase de preparación: Prepararemos al paciente antes de iniciar su traslado.
2. Fase de transporte: Consiste en el traslado propiamente dicho.
3. Fase de regreso y estabilización: Llegada a la unidad del paciente, colocación y estabilización del mismo.

El transporte extra hospitalario (TE) de pacientes críticos lo definimos como el movimiento de pacientes en situación crítica fuera del propio hospital, que se origina de la UCI hacia procedimientos especiales (tomografía y resonancia magnética) y cuya finalidad es la realización de pruebas diagnosticas que no se pueden realizar a pie de cama.

Este proceso se desarrolla a lo largo de tres etapas diferentes:

1. Fase de preparación: Prepararemos al paciente antes de iniciar su traslado.
2. Fase de transporte: Consiste en el traslado propiamente dicho.
3. Fase de regreso y estabilización: Llegada a la unidad del paciente, colocación y estabilización del mismo.

El transporte extra hospitalario se da mediante la ambulancia la cual tiene que estar equipada por:

- Equipos para el manejo de la vía aérea, ventilación y reanimación.
- Equipo de oxigenoterapia y aspiración de secreciones.
- Equipo para asistencia circulatoria.
- Insumos para embalaje e inmovilización del paciente (vendas).
- Insumos para el manejo de lesiones y prevención del shock.
- Insumos para parto de emergencia.



POBLACIÓN DIANA.

El TI y TE se destina a aquellos pacientes que precisan salir de una unidad en la que están recibiendo cuidados críticos, para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama.

Los criterios de exclusión de estos pacientes serían:

- Inestabilidad clínica que no permitiese su movimiento fuera de la unidad.
- La negativa del propio paciente o su familiar (en el caso de que se precise autorización) a la realización de este traslado y/o a las pruebas diagnósticas o terapéuticas que lo requieran.

OBJETIVO

Lo que se pretende con el protocolo es unificar criterios en estas unidades que prestan cuidados críticos, para que todos los TI y TE se realicen siguiendo unas mismas normas de seguridad para el paciente y así garantizar los cuidados durante el traslado, registrando los posibles incidentes en el mismo para encontrar soluciones.



PERSONAL

El personal facultativo de la unidad será responsable de la petición y realización de ese TI y TE, siempre bajo criterios médicos. En todo traslado participará además enfermera/o responsable del paciente, Técnico de enfermería.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Este apartado se desarrollará más adelante dentro del punto de procedimiento y descripción secuencial de las acciones necesarias para su realización.



MATERIAL

Dada la variabilidad y modelos diferentes de material de electromedicina que existe (monitores, respiradores, bombas, etc.), exponemos a modo de ejemplo los que actualmente existen en la Unidad de Cuidados Intensivos. Para realizar un TI



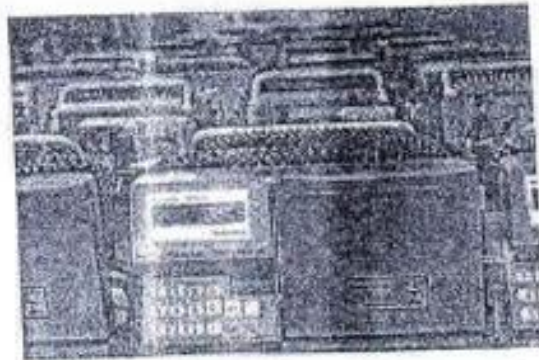
y TE del paciente crítico, cada unidad hospitalaria manejará los que actualmente disponen y están acostumbrados a manejar.



VENTILADOR PORTATIL



PULSOXÍMETRO



Bombas de infusión

VALORACIÓN Y ESTABILIZACIÓN PREVIA AL TRANSPORTE DEL PACIENTE CRITICO

Por estabilización se entiende:

- La puesta en marcha de todas las acciones protocolizadas de soporte hacia la persona críticamente enferma o /y traumatizada con el fin de mantener y/ restaurar las funciones vitales.
- Acciones de carácter imprescindible y necesario realizar antes de iniciar el Traslado.
- Realizadas de forma rápida y al mismo tiempo eficaz.

Dado el orden secuencial de las actuaciones de un equipo de emergencia ante la estabilización y posterior traslado de un enfermo crítico, las mismas se dividirán en tres etapas:



VALORACIÓN GENERAL

Como es obvio, el paciente crítico puede serlo por muy diversos motivos, Pensemos en un poli traumatizado, un I.A.M., abdomen agudo y un largo etcétera, por lo que en un primer tiempo nos interesará conocer el estado general del paciente, la patología que presenta y el soporte asistencial y necesidades de monitorización que preveamos va a *necesitar para ejecutar el traslado* . Por todo ello necesitaremos una rápida valoración de las Funciones vitales, así como su preservación ó restitución, tal y como se nos enseña en otro apartado del presente libro (R.C.P. avanzada). A modo de recordatorio y redundando en el tema, seguiremos los siguientes pasos:

- A. Vía aérea con ó sin control de la columna cervical, según el caso.
- B. Control de la ventilación y respiración
- C. Control de las hemorragias y soporte circulatorio.
- D. Examen neurológico
- E. Exposición del paciente con prevención de hipotermia si fuese necesario.

Insistir en la necesidad de seguir los pasos de forma secuencial sin saltarse ninguno de ellos, hasta que no concluyamos el inmediatamente anterior



- En pacientes con nutrición parenteral retirar para el traslado y dejar un suero glucosado 5% o según pauta médica. Mantener la conexión de la nutrición parenteral lo más aséptica posible, poniendo en su conexión una aguja y ésta cubierta por una gasa impregnada en clorhexidina.
- drenajes Proteger al paciente de cambios de la temperatura tapándole con una sábana.
- Importante para la enfermera revisar las fijaciones de vías, tubo ndotraqueal, etc., para evitar retiradas accidentales durante su transporte.
- Revisar mochila de transporte.
- Comprobar el estado y autonomía del material necesario (cargas de baterías, bala de O₂, nivel de llenado de bolsas de orina y drenajes, perfusiones,...)
- Comprobar el ciclado del respirador y llevar siempre balón de resucitación con mascarilla para posibles extubaciones o complicaciones con el respirador.
- Comprobar funcionamiento del monitor, fijar los límites de alarmas y calibrar transductores de presión arterial.
- Cerrar y sellar aquellos sistemas de drenaje de los que podamos prescindir. En pacientes con drenajes con aspiración tipo Pleur-evac® no es necesario pinzar el tubo, basta con desconectar la aspiración o incluso si es menos molesto colocar válvula de Heimlich.
- Como norma y siguiendo las indicaciones del protocolo de prevención de infecciones urinarias, se pinzará la sonda el mínimo tiempo necesario (por ejemplo al pasar al paciente de una cama a otra) y siempre que se pueda llevaremos los colectores de orina fijados a la cama, nunca encima.
- En pacientes intubados una actuación de enfermería sería aspirar secreciones antes de iniciar su traslado para evitar complicaciones por acumulo de secreciones.
- Anotar constantes previas al traslado para poder valorar posteriormente la repercusión de éste sobre el paciente.
- Si no hay disponible monitor de transporte utilizar medios alternativos para el control hemodinámico del paciente, pulsioxímetro, esfigmomanómetro, , etc.
- Acompañar con el enfermo la historia clínica y pruebas diagnósticas que puedan ser de utilidad.





- Antes de iniciar traslado confirmar con el servicio receptor su disponibilidad para evitar esperas.
- Si la unidad tiene a su disposición una llave de bloqueo de ascensores, debemos de usarla para evitar esperas innecesarias.
- Todo paciente que se vaya a someter a un TI se verificará su preparación rellenando una CHECK LIST para evitar olvidos y unificar criterios. (ANEXO 1)

2. Fase de transporte. Durante esta fase deben mantenerse unos niveles de monitorización de parámetros vitales semejantes a los recibidos dentro de la unidad de cuidados intensivos con el objetivo de mantener una estabilidad fisiológica para evitar posibles complicaciones.

Deben monitorizarse de manera continua el electrocardiograma, la frecuencia cardiaca y respiratoria, la oximetría y, al menos cada 15 min, la presión arterial. Esta es la fase de mayor riesgo, pues la ausencia de condiciones óptimas hace difícil controlar situaciones de emergencia.



- Vigilancia de constantes por la enfermera e intentar documentar claramente en la historia el estado del paciente durante el traslado y medicación administrada.

- Supervisar el paso por las puertas (ascensor, salida y entrada del servicio, etc.) para evitar desconexiones accidentales.

- Preparar al paciente para el paso a la camilla de diagnóstico y coordinar el momento de dicho paso por la enfermera o el facultativo responsable que controlará cabeza.



- Conectar el respirador portátil o la mascarilla de oxígeno a una toma de pared para evitar el agotamiento de oxígeno durante la prueba.

- Colocar el monitor y el respirador en un lugar visible y si es posible conectarlo a la corriente para evitar consumo de baterías.

- Revisar la colocación del tubo endotraqueal, vías, drenajes, tubuladura del respirador, etc. para que en la prueba no hayan desconexiones.

- Valorar la necesidad de sedorelajación y aspiración de secreciones durante el procedimiento.

- Si el paciente está consciente tranquilizarlo explicándole lo que se le hará en todo momento.

REGISTROS

A la hora de realizar un traslado intrahospitalario debemos tener en cuenta la cumplimentación de la siguiente documentación:

1. Check list: Esta hoja, a modo de guía, nos ayudará a la preparación del paciente para su traslado y evitará que se nos pase cosas por alto que puedan llevarnos a cometer errores o problemas durante el mismo.
2. Hoja de incidencias en traslado: Será donde podamos registrar los problemas, complicaciones e incidencias que han aparecido durante el TI y TE. Por ejemplo, podremos reflejar si hemos tenido problemas con el monitor, bombas de perfusión, con el servicio destino, etc. También si ha habido complicaciones médicas durante el mismo y a que pueden haberse debido.
3. Solicitud de procedimiento a realizar y consentimiento informado de esa prueba. Ejemplo, consentimiento de TAC, intervención quirúrgica, etc.
4. Informe de cuidados de enfermería por traslado intrahospitalario. En caso de que sea necesario (altas a planta, traslado a otro centro,...)
5. Debemos recordar que "lo que no está escrito no se ha hecho". Por ello, para intentar mejorar la calidad del traslado debemos recoger los problemas para intentar poner soluciones.



TRAYECTOS INTRAHOSPITALARIOS

La movilización intrahospitalaria del enfermo grave tiene cuatro trayectos posibles

1. Traslado desde el área de urgencias, el quirófano o una sala convencional de hospitalización a la UCI: en general, responden a la indicación de ingreso en la UCI. Son traslados de un solo trayecto.
2. Traslado desde UCI al bloque quirúrgico con retorno: son transferencias en doble sentido y obedecen a la necesidad del paciente de recibir tratamiento quirúrgico, habitualmente, la responsabilidad suele ser compartida entre los equipos profesionales de ambos departamentos implicados.
3. Traslado desde la UCI a un área de asistencia no crítica: responde a una necesidad diagnóstica (como radiología). Son traslados de dos trayectos, ida y vuelta. La responsabilidad recae en el propio personal de la UCI.



PROBLEMAS POTENCIALES

Todo traslado de pacientes está expuesto a posibles complicaciones e imprevistos durante el mismo, al igual que conlleva una serie de riesgos que deben de ser valorados antes de tomar la decisión del transporte (riesgo vs beneficio). Los riesgos a los que se somete el paciente durante su traslado pueden ser minimizados gracias a la planificación, el uso de un equipo cualificado y la utilización de material adecuado en cada circunstancia. Si la monitorización es la adecuada y el soporte ventilatorio está garantizado de manera correcta durante su traslado, la aparición de incidencias graves es menor.

El impacto del transporte sobre los pacientes se hace por dos mecanismos. Por un lado, el movimiento del paciente, cambios en la postura, etc., tienen una potencial repercusión hemodinámica, respiratoria, neurológica, psicológica y a



nivel del dolor. Por otro lado, el cambio de entorno desde la protección de una unidad que presta cuidados críticos, cambios en el equipamiento (respirador), ruido, dureza del colchón o soporte donde se realiza la prueba diagnóstica / intervención son fuentes de incomodidad y crean estrés adicional.

Se diferencian dos clases de efectos adversos:

Menores: Cambios en las constantes vitales (se habla de modificaciones en torno al 20%) con respecto al nivel previo antes del transporte y problemas por el equipamiento.

Mayores: Los que ponen en riesgo la vida del paciente y requieren intervención terapéutica urgente.

Principales efectos adversos:

• **Cardiocirculatorios:**

Hipotensión severa o hipertensión.

Arritmias

Parada cardíaca

Muerte

• **Respiratorios:**

Hipoxia severa

Broncoespasmo

Neumotórax

Extubación

Intubación selectiva

Desincronización paciente-respirador

• **Hipotermia**

• **Neurológico:**

Agitación

Hipertensión endocraneal



- **Malfuncionamiento del equipo**
Fallo eléctrico o del suministro de oxígeno
- **Errores humanos**
Pérdida del paciente
Tratamiento inadecuado

La incidencia global de los efectos adversos llega al 68%, mientras que la de los efectos adversos mayores es del 4,2-8,9%. Según los diferentes estudios, las paradas cardiorrespiratorias oscilan desde el 0,34 al 1,6%.

Factores de riesgo:

1. Relacionados con el equipo:



El 22% de los efectos adversos en total tienen que ver con los equipos de respiración asistida portátiles. Agitación y mala adaptación al respirador, extubaciones, reservas de oxígeno insuficientes, mala programación del respirador, malposición del tubo endotraqueal, incluso se ha relacionado el número de bombas e infusiones con la aparición de efectos adversos.

2. Relacionados con el equipo humano:

Falta de experiencia, sobre todo del responsable del traslado.

3. Relacionados con la organización:



La mayoría de los efectos adversos ocurren durante el traslado a Radiología o al quirófano para la realización de pruebas diagnósticas. La comunicación es esencial para minimizar el tiempo de traslado.

4. Relacionados con el paciente:

El 42,5% de los efectos adversos ocurren durante los momentos iniciales del ingreso, debido a la desestabilización del paciente y cambios rápidos en su situación clínica. De hecho se ha demostrado que hay asociación entre estos efectos adversos y escalas de gravedad, como el APACHE II. De hecho, la situación clínica del paciente es el factor más importante para la aparición de complicaciones durante el transporte.

Por mencionar algunas situaciones que debemos evitar y tener cuidado:

- Acodamiento u obstrucción de las tubuladuras del respirador.
- Fallo en el equipo de monitorización y dispositivos utilizados en el transporte.
- Agotamiento de baterías en el monitor, respirador o bombas de infusión.
- Agotamiento de la bala de oxígeno.
- Desconexiones accidentales de catéteres, drenajes, vías centrales, tubo orotraqueal, sondas vesicales, etc.
- Esperas en hall, ascensores o servicio de destino.
- Agotamiento de perfusiones de aminas drogodependientes.



Otras situaciones especiales que debemos de tener en cuenta a la hora de realizar un traslado, sería por ejemplo:

Resonancia Magnética, en la que se debe de evitar la entrada de metales en la sala (pulseras, anillos, relojes, gafas, etc.), tanto del paciente como del propio personal, y tener en cuenta de que no sean portadores de marcapasos transcutáneos o válvulas cardíacas metálicas. En pacientes con ventilación mecánica deberemos de conectarlos al respirador que está situado en la propia sala.



Pacientes con aislamiento respiratorio y/o de contacto, y sobre todo aquellos cuyo microorganismo patógeno sea multirresistente, en los debemos de extremar las medidas de precauciones universales y la utilización de bata, mascarilla, gorro, calzas y guantes. Además, comunicaremos al servicio que recibe el paciente para que estén preparados, avisaremos al jefe de celadores para bloquear un ascensor y utilizarlo únicamente para ese traslado y ese paciente, (por lo tanto no podrá ser utilizado por nadie hasta que el paciente vuelva a su unidad de origen) y avisaremos al servicio de limpieza para que limpien el ascensor según protocolo y vuelva a poder ser usado. (Ver ANEXO II).



Para evitar muchas de las situaciones que hemos descrito NUNCA iniciaremos un traslado sin antes:

- Verificar con check list que ese paciente está listo para iniciar el traslado.
- Se ha informado al paciente y/o la familia para que lo autorice.
- Coordinarse en informar al servicio destino su llegada.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Para este protocolo se ha realizado una hoja de registro e incidencias donde se recogerán los datos de todos los TI que se realicen en las unidades y se podrá registrar las incidencias que puedan ocurrir en el mismo. Estos datos nos ayudaran a conocer el grado de cumplimiento del protocolo y si las incidencias que ocurren en los TI se deben a una mala preparación del traslado, problemas con el material, utilidad del protocolo, etc. Así podremos hacer una reevaluaremos del protocolo, donde se corregirán sus deficiencias. (ANEXO2)



CUIDADOS DURANTE EL TRANSPORTE POR TRANSFERENCIA.

Esta fase comienza cuando se tiene al paciente de forma estable para realizar el viaje hacia el centro hospitalario donde vayamos a hacer la transferencia, por lo que iniciamos la movilización hacia el habitáculo de la ambulancia (si es que no estábamos previamente en su interior), siendo realizada siempre bajo la estricta supervisión de personal cualificado y experto, que decidirá en cada una de las situaciones la forma ideal de colocación del paciente, dependiendo de su situación clínica, dado que no es lo mismo trasladar a un paciente crítico con síntomas de insuficiencia cardíaca, que a otro con síntomas de una insuficiencia respiratoria ó un politraumatizado por poner algunos ejemplos.



Para traspasar al paciente desde el lugar donde el equipo sanitario estuviese actuando hasta la ambulancia, optaremos por:

- La camilla de tijeras si se trata de un politraumatizado (que no se retirará hasta la transferencia en el hospital de destino) ó por
- la sujeción del paciente en una sábana resistente La colocación del paciente variará según su situación clínica, eligiendo la posición más favorable:
- Decúbito supino con tronco incorporado (90°), en casos de insuficiencia respiratoria.
- Decúbito supino con piernas elevadas (Trendelenburg), en casos de hipotensión y shock
- Decúbito supino con piernas en un plano inferior al de la cabeza (antitrendelenburg), si se sospecha hipertensión intracraneal y en casos de T.E.C.
- Decúbito supino con tronco semincorporado (45°) en paciente sin las alteraciones clínicas vistas en los demás apartados, -paciente standard-
- Decúbito lateral izquierdo,, en gestantes a partir del 6º mes
- Decúbito supino puro, sin almohadas ni elevaciones, en todo paciente traumatizado
- Sentado en pacientes con disnea de origen cardíaco (I.C. ó E.A.P)
- Decúbito lateral en posición de seguridad, en pacientes con bajo nivel de conciencia, ó con presencia de vómitos continuos.
- Decúbito supino con colocación de una almohada ó similar bajo las rodillas, en casos de sintomatología abdominal



- Posición genupectoral, en aquellos caso de parto con problemas del cordón umbilical.

Una vez que tengamos al paciente en su posición ideal para realizar el traslado dentro del habitáculo de la ambulancia comprobaremos rigurosamente, paso a paso cada uno de los accesorios que tenga el mismo con objeto de asegurar y fijar todos aquellos elementos ajenos al paciente y que pueden movilizarse durante la marcha:

- Fijar la camilla en su rail correspondiente.
- Fijar los equipos de infusión y fluidoterapia en los soportes correspondientes, verificando su permeabilidad
- Colocar los equipos de monitorización y ventilación en sus soportes correspondientes, bien sujetos y siempre a la vista



Comprobar permeabilidad y estabilidad de tubo endotraqueal (si hubiera), asegurándonos de su sujeción y de la conexión a la fuente de oxígeno, comprobando al mismo tiempo el funcionamiento de la bombona de oxígeno así como de su capacidad

- Comprobar los tubos de drenaje, tanto vesical como nasogástrico, fijándolos con seguridad para evitar su salida durante el traslado; la sonda vesical la fijaremos en la pierna del paciente para evitar tracciones involuntarias y la sonda nasogástrica deberá fijarse al tubo endotraqueal si lo tuviera ó a la nariz. Además deberán ser sustituidas las bolsas recolectoras con objeto de facilitar la medición antes de llegar al centro de transferencia.



Debemos tener en cuenta que una vez que comencemos la marcha hacia el hospital de referencia el paciente recibirá los mismos cuidados que pudiera recibir en cualquier centro hospitalario, tratándose como es el caso de pacientes críticos, por lo que tendremos que mantener las medidas de monitorización, vigilando, controlando y modificando si fuera necesario, así como manteniendo todo el soporte terapéutico que hubiéramos iniciado, llegando incluso a detener la marcha de la ambulancia las veces que consideremos necesarias en aras a conseguir una mayor estabilización del paciente ó para iniciar cualquier procedimiento terapéutico que requiera inmovilidad del vehículo Como norma muy general podríamos decir, que en todo paciente crítico que vayamos a trasladar deberemos vigilar :



- Monitor E.C.G., seleccionando aquella derivación donde mayor amplitud observemos en la onda P.
- Tensión arterial, con aparatos automáticos a ser posible
- Diuresis
- Baías de oxígeno y conexiones
- Saturación arterial de oxígeno mediante el Pulsioxímetro
- Líquidos administrados (a ser posible en envase de plástico ya que en caso de necesitar un mayor aporte podremos aumentar el flujo mediante compresión, y no producirían daño en el hipotético caso de caída accidental sobre el enfermo
- Vías canalizadas (fijando con venda al brazo y usando llave de tres pasos, para facilitar la administración de medicamentos IV directos), catéteres



Monitorización respiratoria, en caso de paciente intubado, vigilaremos frecuencia respiratoria, volumen tidal, FIO₂, PEEP, y mezcla o no de aire. Cada uno de los problemas que pudieran surgir durante el traslado serán tratados de forma independiente en otros apartados de éste libro, como por ejemplo, las maniobras de RCP en caso de parada cardiorrespiratoria, o arritmias o broncoespasmos y todo el largo etcétera que puede surgir en la patología de urgencias. De destacar la labilidad térmica del neonato, por lo que se hace imprescindible el traslado en incubadora, aun no siendo prematuro, controlando de forma obligada la temperatura de la incubadora y del niño.



En cuanto al tipo de conducción que debemos prever durante el traslado variará igualmente en función al tipo de enfermo que llevemos, ya que en algunos casos será necesario realizarlo a mayor velocidad de lo habitual, como por ejemplo en aquellos casos de necesidad de procedimientos quirúrgicos urgentes, mientras que en otros deberemos eludir las sacudidas y la megafonía, en todo caso este apartado deberá ser conocido por el equipo e informado al conductor del tipo de conducción que deseamos.

Todas las maniobras realizadas, medicamentos administrados, curas, vendajes, parámetros de ventilación, es decir todo lo realizado con el paciente así como las incidencias dignas de reseñar deberán ser registradas en una hoja a tal efecto, se denomine hoja de traslado, hoja clínica o ficha básica de



emergencia, con objeto de facilitar la transmisión de la información con el servicio médico receptor del paciente

De la misma forma resulta necesario mantener una comunicación con el centro coordinador de emergencias informando de todas las incidencias del traslado, así como de las consultas necesarias y de todo aquello protocolizado en los servicios de emergencia extrahospitalarios y que es motivo de otro capítulo. A reseñar que mientras efectuamos las transmisiones deberemos preservar la intimidad del paciente y evitaremos todo comentario ó juicio de valor que pudieran afectarle de alguna manera.

La transferencia del paciente termina cuando éste se encuentra en la cama del hospital habiendo entregado y explicado al médico receptor toda la información de que disponemos y dicho médico se haga responsable de él.

modo de resumen reseñar del transporte del paciente crítico lo siguiente:



• Medio adecuado según las circunstancias

• Con personal cualificado

• Que mantenga de forma ininterrumpida los cuidados que el paciente requiere

• La ruta a seguir será la más accesible, segura y confortable (No la más corta)

El centro de destino será identificado como centro útil para ese enfermo según su patrón lesional



CONCLUSIONES

El transporte de un paciente grave dentro y fuera del hospital donde recibe asistencia debe ajustarse a ciertas normas de actuación que resguarden la seguridad del enfermo y evidencien una serie de medidas que permitan anticipar los posibles riesgos. Por ello es oportuno recomendar algunos principios básicos:

Si el riesgo de realizar el traslado excede los beneficios, se debería posponer el procedimiento.

El paciente ingresado en una UCI, debe ser tratado como tal aun fuera de ella.



No se debe abandonar la UCI sin la evaluación del estado del paciente, la preparación adecuada de todos los medios, equipos y personal acompañante y en la confirmación del departamento receptor.

El transporte del paciente grave debe involucrar a un número suficiente de profesionales.

Se deben evitar las interrupciones del tratamiento indicado.



BIBLIOGRAFIA

- ✓ Perez L, Klofas E, Wise L. Oxygenation/ventilation of transported intubated adult patients: a national survey of organizational practices. *Air Med J.* 2000 Apr- Jun;19(2):55-8.
- ✓ Braxton CC, Reilly PM, Schwab CW. The traveling intensive care unit patient. *Surg Clin North Am.* 2000 Jun;80(3)
- ✓ Saissy JM, Boussignac G, Cheptel E, Rouvin B, Fontaine D, Bargues L y cols. Efficacy of continuous insufflation of oxygen combined with active cardiac compression-decompression during out-of-hospital cardiorespiratory arrest.
- ✓ Bancalero JM, Manzano E, De Juan Bernal I. Procedimientos de enfermería en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. *Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias [revista en internet] 2009 [consultado 19 de Diciembre 2010];* 8. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina7.html>
- ✓ Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Med.* 2004 Aug;30(8):1579-85. Epub 2004 Feb 26.





CHECK LIST DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

(Antes de iniciar cualquier traslado intrahospitalario debemos de verificar la cumplimentación de la siguiente lista)

Nombre:
Apellidos:
Sexo:
Edad:
Nº historia:

PREPARACIÓN DEL PACIENTE



- Monitorización correcta y adecuada a cada traslado
- Revisión de perfusiones necesarias durante el traslado
- Comprobación y fijación de vías, tubos, drenajes, etc.
- Retirar nutrición enteral o parenteral según protocolo
- Confirmar funcionamiento baterías monitor y/o respirador
- Comprobar/revisar mochila transporte y medicación necesaria
- Oxígeno correcto

PREPARACIÓN DEL TRASLADO



- Avisar a la familia del paciente la realización del traslado/prueba diagnóstica.
- Comunicar al servicio receptor de nuestra llegada y sus condiciones
- Verificar consentimientos necesarios
- Historia necesaria
- Llave para bloqueo del ascensor
- En pacientes aislados actuar según protocolo
- EL TRASLADO NO SE INICIARÁ SI NO SE HAN VERIFICADO TODOS LOS ITEMS**

HOJA DE REGISTRO E INCIDENCIAS DEL TRASLADO
INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO

Diagnostico:
Fecha traslado:
Hora salida:
H. entrada

Nombre:
Apellidos:
Sexo:
Edad:
Nº historia:



Prueba diagnóstica/terapéutica:

- TAC
- Quirófano
- Arteriografía
- Ecografía
- RMN
- Otros.....

Datos clínicos

Antes del traslado	Después del traslado
PA	PA
FC	FC
Sat O2	Sat O2



Perfusiones y fluidoterapia que LLEVAMOS en el traslado:

- Drogas vasoactivas:
- Noradrenalina
- Dobutamina
- Dopamina
- Otros:



✓ **Sedantes:**

- Midazolam
- Propofol
- Otros:

✓ **Relajantes:**

- Nimbex
- Otros:.....

✓ **Analgésicos:**

- Fentanest
- Nolotil
- Otros:.....
- Suero Fisiológico Mantenimiento



Medicación extra que ponemos durante el traslado:

Midazolam.....mg
 Fentanest.....mg Otros.....
 S.F.0'9%.....ml

Datos ventilatorios:

Modo de ventilación:

FIO2:

V.total

V.M.E.:

P.soporte:

PEEP:



Catéteres:

- TOT
- Traqueostomía
- CVC
- WP
- SNG
- T. TORAX

- SV
- Catéter PIC
- Shaldon
- Redon
- C. Kher
- Otros.....

Incidencias durante traslado:

- Desaturación
- Fallo con el respirador
- Extubación accidental
- Pérdida de vías
- PCR
- Fallos baterías monitor
- Aparición de arritmias
- Esperas en el servicio receptor
- Hipertensión
- Fallo/gasto de oxígeno
- Hipotensión
- Otras.....

